

PVP krant 2

Nieuwsbrief van de Stichting PVP
22e jaargang nummer 2 zomer 2012

Zin en onzin van diagnostiek

- **'Doe eens normaal'** interview met Malou van Hintum
- **Jaarverslag 2011**
- **Geen kosten meer bij Bopz-zaken?**

narcistisch
psychotisch
depressief
autistisch
schizofreen
borderline
paranoide

PVP krant

VOORWOORD

DSM: voer voor cliënten,hulpverleners en critici



Vragen en klachten over diagnose

Afgelopen jaar ontvingen patiëntenvertrouwenspersonen (pvp 'en) meer dan 26.000 vragen en klachten van cliënten uit de ggz. Elders in deze krant kunt u in een beknopt Jaarverslag de precieze cijfers lezen. Een klein deel van die vragen en klachten gaat over de gestelde diagnose. Zo begrijpen cliënten bijvoorbeeld niet altijd wat hun diagnose voor hen inhoudt. Een cliënte, 34 jaar, vertelt: "Allereerst duurde het lang voor ik eindelijk een fatsoenlijk behandelplan kreeg uitgereikt. Op de eerste pagina stonden daar de DSM-assen, met termen als 'problemen binnen de primaire steungroep' of 'problemen met de sociale omgeving'. Snapte ik niet. Ik vond het ook naar om het te lezen en kon me haast niet voorstellen dat het allemaal over mij ging. En dan vragen ze doodleuk aan je of je je handtekening wilt zetten. Dat kon ik toen niet opbrengen".

Ook komt het veel voor dat cliënten het niet eens zijn met hun diagnose. Kees, 57 jaar, zegt daarover: "Ze achtervolgen me inmiddels al 26 jaar met de diagnose schizofrenie. En ik blijf maar uitleggen dat ik beslist niet fantasie en werkelijkheid door elkaar heen haal. Ik ben niet schizofreen. Maar het blijft staan in mijn dossier, en dus weet de bemoeizorg het ook. Er is geen houden aan. Ze behandelen me als een gek. Zeer frustrerend".

Genoeg redenen voor de redactie om in deze pvp-krant het belangrijke onderwerp: diagnose en DSM, eens van verschillende kanten te belichten.

De DSM

Want hoe belangrijk is het eigenlijk dat een cliënt met een psychiatrische aandoening een passende diagnose krijgt? Belangrijker dan u misschien denkt. Het is namelijk niet mogelijk om zonder een officiële diagnose een behandeling te krijgen in de ggz. De zorgverzekeraars vergoeden alleen behandelingen die gebaseerd zijn op diagnoses uit het Internationale diagnosehandboek, de DSM. De Engelse afkorting staat voor 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'. Het is een handboek dat artsen en psychologen wereldwijd al 60 jaar gebruiken voor het stellen van diagnoses over psychiatrische aandoeningen. In de loop der tijd zijn er verschillende versies verschenen. Opvallend is dat het aantal stoornissen in de DSM bij iedere nieuwe versie toeneemt. "De DSM-I begon met 112 stoornissen", aldus klinisch psycholoog Milan van Diermen," de huidige versie heeft er al 374 en de DSM-V zal er nog weer meer tellen". In 2000 verscheen de huidige, herziene versie van de DSM-IV. Maar in het voorjaar van 2013 wordt dus de DSM-V verwacht. "In de wereld van de psychiatrie heeft de DSM de status van een bijbel" zegt Jacques Weeda, psychiater. "Alles wat erin staat is waar en men vergeet snel dat het gaat om min of meer wetenschappelijke constructies in plaats van omschreven ziektebeelden. Zo zie je in de nieuwe versie dat de criteria voor onder meer ADHD verder zijn verruimd. Ik ben oprecht bang voor een verdere medicalisering van problematisch gedrag".

'... de lijstjes en de labels zouden niet centraal moeten staan'

Verder in deze krant

Het stellen van een diagnose is een complexe zaak. Dat blijkt wel uit het verhaal in deze krant van Carla. Zij vertelt hoe ze tot drie keer toe een andere diagnose kreeg.
In een column van pvp Roeland Hofstee, vraagt hij zich met de DSM-IV in de hand af hoe het eigenlijk met zijn eigen geestelijke gezondheid gesteld is. Gelukkig eindigt hij met de geruststellende woorden dat het voor hem niet uitmaakt welke diagnose cliënten hebben.

Malou van Hintum, schrijver van het boek: "Doe eens normaal" werd door pvp'en Elsa Grin en Jan Willem van Drunick geïnterviewd. In haar boek brengt Van Hintum het grijze gebied tussen psychische gezondheid en ziekte in kaart. Daarbij neemt zij de DSM, maar ook de kritiek hierop eens goed onder de loep. "In de psychiatrie zouden niet de lijstjes en de labels centraal moeten staan, maar het lijden en de zorgbehoefte" zo verklaarde van Hintum eerder dit jaar in dagblad Trouw.
Verder vroegen wij aan professor Jim van Os hoe hij als kritisch psychiater en wetenschapper aankijkt tegen diagnostiek in de psychiatrie volgens de DSM. Interessant daarbij is dat Van Os deel uitmaakt van een werkgroep die de DSM-V voorbereidt.

Naast alle aandacht voor de DSM, treft u in deze krant ook een artikel van een heel andere orde. Het gaat over de vraag of er in de toekomst nog kosten verbonden zijn aan het inschakelen van de rechter bij het krijgen van een oordeel over de rechtmatigheid van dwang en vrijheidsbeperking. Een uitspraak van de Hoge Raad lijkt in dat opzicht een verbetering te betekenen voor de rechtspositie van cliënten met een Bopz-maatregel.
Veel artikelen in deze krant vormen een weerslag van de ervaringen die pvp'en dagelijks opdoen tijdens hun werk in de ggz-instellingen. Pvp'en ondersteunen cliënten in de handhaving van hun rechtspositie. Uw reacties op artikelen uit deze kant zijn van harte welkom bij de redactie: www.redactie@pvp.nl.

Nannie Flim, bestuurder van de Stichting PVP.

Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

Het grote diagnoseboek

Doel van de DSM

Met behulp van de DSM proberen hulpverleners in enkele woorden en op overzichtelijke wijze duidelijk te maken wat de psychiatrische problematiek van de patiënt is. Het doel is vervolgens een passende behandeling te bieden. Het is wenselijk om in één oogopslag de basisproblematiek van iemand te overzien. Niet iedere hulpverlener mag een diagnose stellen. In de inleiding van de DSM IV staat namelijk: "Het is van een groot belang dat de DSM niet op mechanische wijze gebruikt wordt door onervaren en hier niet voor opgeleide personen." Alleen personen die voldoende opleiding en ervaring hebben met de DSM mogen hem dus gebruiken.

Ziek en gezond

De DSM maakt een scherp onderscheid tussen ziekte en gezondheid. Veel begrippen uit de DSM zijn echter sterk cultuur- en tijdgebonden. Dit geeft nog wel eens problemen en roept discussie op of bepaald gedrag een ziekte is of niet. Zo is bijvoorbeeld homoseksualiteit lange tijd een DSM-diagnose geweest. De DSM is ook bekritiseerd omdat de indeling in categorieën, problemen kan geven. Een van de problemen is bijvoorbeeld "het willekeurig onderscheid tussen een normale persoonlijkheid, een persoonlijk karakter en persoonlijkheidsstoornissen". De verschillen tussen deze categorieën zijn niet goed duidelijk. Zo kan de ene hulpverlener vinden dat iemand – ondanks zijn problemen - een normale persoonlijkheid heeft, terwijl een andere hulpverlener vindt dat de problemen voortkomen uit een persoonlijkheidsstoornis. Ondanks de kritiek, gebruiken hulpverleners de DSM–IV wereldwijd.



Het nieuwe handboek voor de psychiatrie: de DSM-V

De opvolging van de huidige DSM-IV, de DSM-V wordt in mei 2013 verwacht. Aan deze nieuwe versie is jarenlang gewerkt door een aantal werkgroepen. In de nieuwe DSM staan ingrijpende veranderingen. De zwart-witbenadering die bekend is uit de geneeskunde - of je hebt een gebroken arm of niet – wordt verlaten. In de psychiatrie is er vaker sprake van overgangsgebieden tussen ziekten en is de grens tussen ziek en gezond niet zo makkelijk scherp te bepalen. De indelingen bij de nieuwe DSM zullen dan ook meer volgens een 'glijdende schaal 'worden gemaakt.

Specifieke veranderingen zullen te zien zijn bij de eetstoornisen, de persoonlijkheidsstoornissen, stoornissen in de jeugd, de kindertijd en adolescentie en bij verslavingen.

Een voorbeeld: wijzigingen in de diagnostiek bij persoonlijkheidsstoornissen

Er is flink gesnoeid in het aantal persoonlijkheidsstoornissen. In plaats van tien persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM-IV zullen er nog maar vijf basistypen zijn. Te weten: het anti-sociale type, het vermijdende type, het borderline type, het obsessief-compulsieve type en het schizotypische type. Ook worden ze op een andere manier beschreven.

In de nieuwe DSM staat bij ieder basistype een beschrijvend gedeelte waarin de belangrijkste aspecten van de persoonlijkheidsstoornis naar voren komen. De psychiater beoordeelt vervolgens in hoeverre de cliënt voldoet aan de criteria van een bepaald type op een schaal van 1 tot 5. Dit gaat als volgt:

- 5 = Zeer Goede Overeenkomst: de cliënt is een voorbeeld van dit type
- 4 = Goede Overeenkomst: de cliënt lijkt sterk op dit type
- 3 = Matige Overeenkomst: de cliënt heeft opvallende kenmerken van dit type
- 2 = Beperkte Overeenkomst: de cliënt heeft slechts enkele kenmerken van dit type
- 1 = Geen Overeenkomst: de beschrijving is niet van toepassing

Kritiek

Er is al veel discussie geweest en de nodige kritiek geuit op de nieuwe versie van het DSM-handboek. De kritiek gaat met name over de uitbreiding met nieuwe ziektes; 'zogenaamde ziekten' volgens de critici. Het gaat volgens hen om gedrag dat vroeger niet als een ziekte werd gezien, maar onder druk van de belangen van de geneesmiddelenindustrie dat nu wel wordt. "Er is al een neiging om met bijvoorbeeld antidepressiva rond te strooien alsof het snoepjes zijn en daar heeft niemand, behalve de industrie, baat bij. Het is mijns inziens gevaarlijk om mensen zonder duidelijk ziektebeeld als 'ziek' te behandelen. Je creëert onnodige onmacht, verkeerde excuses en nodeloze blootstelling aan bepaald niet onschuldige medicatie' aldus Jacques Weeda, psychiater.

Een ander punt van kritiek gaat over de belangenverstrengeling bij de commissieleden die verantwoordelijk zijn voor het maken van de indelingen. Uit recent onderzoek van het Ethics Center van de Harvard University bleek dat 69 procent van de leden banden heeft met de geneesmiddelenindustrie. Het blijkt dat het heel wat voeten in de aarde heeft om de nieuwe DSM-V op een goede en betrouwbare wijze tot stand te brengen.

En hoe het in de uiteindelijke vorm er ook uit zal zien: de discussie en de kritiek erop zal blijven.

Elsa Grin ■

Meer informatie over het onderzoek van het Ethics Center: http://www.plosmedicine.org

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de DSM

Van zorgaanvraag tot vergoeding

Wat doet het CIZ?

Deze organisatie toetst of iemand aanspraak kan maken op zorg die voortkomt uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De AWBZ is een volksverzekering voor ziektekosten. Het gaat om kosten die hoog kunnen oplopen en die uw eigen zorgverzekering niet vergoedt. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht verzekerd voor de AWBZ.

Met een indicatiebesluit van het CIZ weet iemand hoeveel zorg hij kan krijgen en in welke vorm. Het eerste ziektejaar vergoedt de zorgverzekeraar de kosten. Is het na dat jaar nodig om langer opgenomen te zijn dan worden deze kosten betaald vanuit de AWBZ.



Wie kunnen er een aanvraag indienen bij het CIZ?

De zorgaanbieder of de cliënt zelf kan dan bij het CIZ een aanvraag doen voor AWBZ-zorg.

Hoe bepaalt het CIZ de indicatie?

Het CIZ gebruikt een DSM-diagnose om te bepalen of een opname in een psychiatrisch ziekenhuis vanuit de AWBZ betaald kan worden. Het bekijkt ook bij welke zaken er hulp nodig is. Hiervoor gebruikt de beoordelaar het behandelplan. De zorgvraag die er is, moet te maken hebben met de diagnose en de beperkingen die iemand in het dagelijks leven daarvan ervaart. Komen de beperkingen door iets anders dan de stoornis, dan komt er geen indicatie AWBZ-bijdrage. Het CIZ bepaalt niet alleen of er een indicatie is voor zorg, het bepaalt ook welke zorg er nodig is.

Waar hangt het van af?

Of een indicatie uiteindelijk wordt afgegeven hangt naast de reden van de beperkingen, ook af van de fase waarin de behandeling is.

Zijn er nog andere mogelijkheden of potjes waaruit de zorg betaald kan worden, dan moet daar eerst gebruik van gemaakt worden. Als de behandeling in een eindstadium is en de stoornis ook chronisch lijkt, dan komt iemand in aanmerking voor AWBZ zorg.

Elsa Grin ■

Boek over hokjesdenken bij psychiatrische aandoeningen en diagnoses

Mag het iets normaler?

In haar boek '*Doe eens normaal*' brengt wetenschapsjournalist Malou van Hintum het grijze gebied tussen psychische gezondheid en ziekte in kaart. Daarbij neemt zij de DSM als diagnosemiddel onder de loep en laat aan de hand van verschillende stoornissen zien dat het diagnosticeren niet zo zwart-wit is als het soms lijkt. Vaak worden mensen met een psychische aandoening door andere mensen als "anders" en "abnormaal" gezien. Maar tussen 100% gekte en 100% gezond zit een enorm grijs gebied. Aanleiding voor ons om daarover met haar in gesprek te gaan.

Drang tot scoren

"Waarom ik dit boek heb geschreven? Ik laat erin zien dat in deze tijd vaak een groot onderscheid wordt gemaakt tussen wat gek is - en dus onacceptabel- en wat gezond is en acceptabel, terwijl deze twee gebieden elkaar in de praktijk juist vaak overlappen. In onze maatschappij is veel chronische stress en een drang tot scoren en succesvol zijn. Daardoor is de druk erg hoog en dat zorgt ervoor dat de kwetsbaarheid voor psychische ziekten sneller zichtbaar wordt en ook toeneemt."

Beperkte discussie

Bovendien komt er volgend jaar een nieuwe DSM: de DSM-V. Van Hintum vindt dat de discussie in Nederland over de nieuwe DSM op een te beperkte manier gevoerd wordt: het gaat er steeds over welke ziektebeelden wel in de DSM mogen komen staan en welke niet, en welke criteria van belang zijn en welke niet. Van Hintum: "Ik denk dat de discussie over andere, meer fundamentele vragen zou moeten gaan: daar schrijf ik in mijn boek ook over. Het zou veel meer moeten gaan over de manier waarop wij nadenken over psychische ziekten en over wat gezond is. Wat voor hulp je nodig hebt en waar je als cliënt in het dagelijks leven last van hebt, zou centraler moeten staan in het bepalen van de juiste behandeling. Niet of je in de DSM past en dus een ziekte of een afwijking hebt. In de laatste edities van de DSM wordt ook al vermeld dat bij het gebruik altijd moet worden gekeken naar wat mensen zelf willen, wat zij aangeven als hun probleem of zorgbehoefte, en in welke context dit is. Maar in de praktijk gebeurt dit waarschijnlijk te weinig."

DSM moet ondersteunend zijn

Van Hintum ziet duidelijke risico's in het toepassen van de DSM: "Als je de DSM alleen gebruikt als een soort checklijst aan het begin van een behandeling bestaat het gevaar dat je de mens achter de cliënt uit het oog verliest." Volgens Van Hintum zou de DSM daarom los moeten staan van hoe een behandeling eruit moet komen te zien. "Natuurlijk kan de DSM wel dienen als een ondersteunend en een richtinggevend middel". Van Hintum vindt dat als het doel van de behandeling duidelijk is – en hulpverlener en cliënt het eens zijn – de DSM hooguit kan worden gebruikt om de financiering via de zorgverzekeraar te regelen.

Stoornis of aandoening?

Ook de rol van taal is voor Malou van Hintum belangrijk. "Ik gebruik liever de term psychische aandoening dan de term psychiatrische stoornis. De term 'psychiatrische stoornis' wordt door hulpverleners snel en gemakkelijk gebruikt, maar geeft een stigma van 'ziek zijn'. Gestoord zijn klinkt ook gevaarlijker dan het hebben van een aandoening. Het is belangrijk dat, als je een psychische aandoening hebt, je niet als een gevaarlijk persoon wordt gezien, maar als een totaal mens die geholpen kan worden."

Te weinig aandacht

Patiëntenvertrouwenspersonen horen vaak van cliënten dat er zo weinig persoonlijke aandacht is. De psychiater heeft maar weinig tijd en kijkt alleen naar de diagnose en de medicatie. Hoe kijkt Van Hintum aan tegen het gebruik van medicatie? "Ik vind dat er in het algemeen terughoudend mee zou moeten worden omgegaan. In de eerste plaats is in het contact met een cliënt een goede communicatie een vereiste. In de opleiding tot psychiater zou hier veel aandacht aan moeten worden gegeven." Ze is echter niet tégen het gebruik van medicatie, ook al kan die medicatie bijwerkingen hebben. "Ook een psychotherapie die niet past bij de klachten die iemand heeft, kan bijwerkingen geven en gek genoeg hoor je daar eigenlijk weinig over." Van Hintum denkt dat het goed zou zijn als er meer onderzoek gedaan zou worden naar de verhouding tussen medicatie en psychotherapie.



Malou van Hintum: "De term psychiatrische stoornis geeft een stigma van ziek zijn." (Foto Bert Nienhuis)

DSM afschaffen

Van Hintum denkt dat we niet zo ver hoeven te gaan. "Ik denk dat de DSM nog steeds gebruikt kan worden maar dan op een andere manier. Het kan gebruikt worden om iemand beter te begrijpen maar dan moet je goed luisteren, daarvoor is tijd nodig en dat lijkt er vaak niet te zijn. Het zou dus goed zijn om hier in de praktijk aandacht aan te besteden.In plaats daarvan zie je nu de trend van neurobiologisering van de psychiatrie. Psychische problemen worden gereduceerd tot slecht functionerende hersenmechanismen. Zo dreigen de gevoelens en motieven van mensen uit beeld te raken, en ook de omgeving waarin ze leven. De neurobiologie kan de psychiatrie ondersteunen met extra inzichten, maar die nooit vervangen. Want dan worden psychische ziekten gemedicaliseerd, en dat moet niet. Ik denk dat er juist meer samengewerkt moet worden tussen cliënten, psychiaters en psychotherapeuten om het begrip van psychische aandoeningen te vergroten."

Een wereld zonder DSM

"Ik zie dan een wereld waarin er meer in niet-medische termen wordt geformuleerd. Het zal helpen, denk ik, om het scherpe onderscheid tussen mensen mét en zónder psychische aandoening te voorkomen. Een aantal 'psychiatrische stoornissen', zoals de DSM het noemt, hebben nu helaas een negatieve bijklank." Dat valt niet altijd te voorkomen, maar Van Hintum denkt dat er meer gedaan zou moeten worden om een echt gesprek tot stand te brengen tussen hulpverlener en cliënt over wat er aan de hand is en wat de beste weg is voor de toekomst.

Elsa Grin
en Jan Willem van Drunick

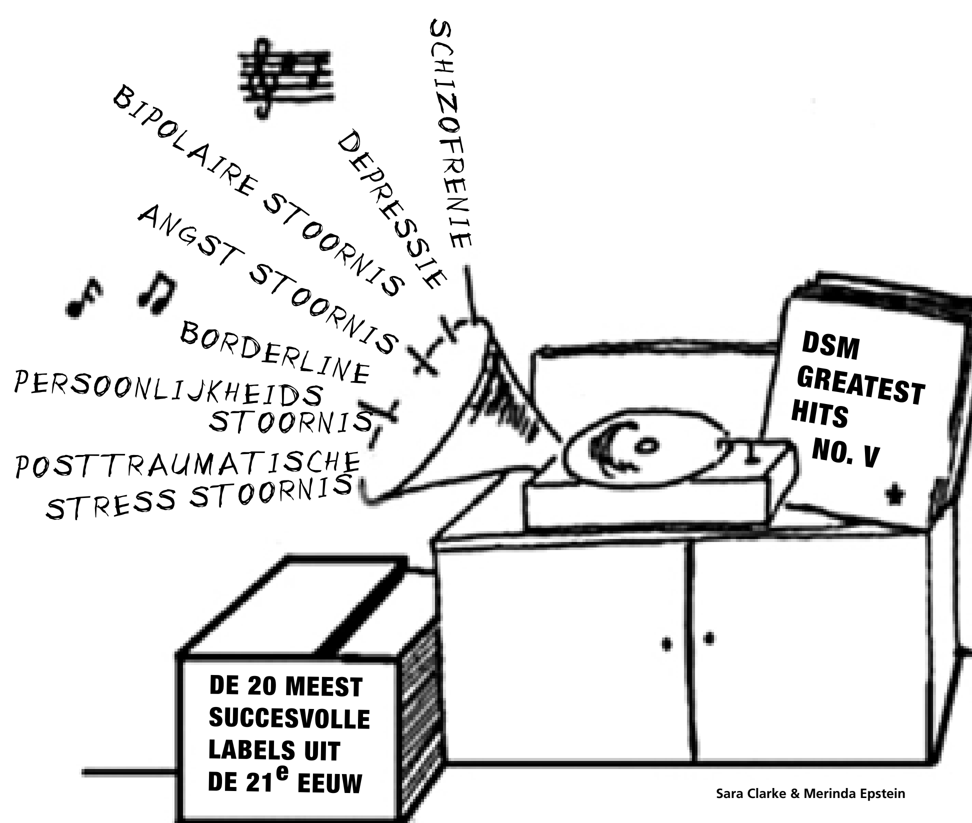
Pvp trekt zich niets aan van diagnose

Deze pvp-krant gaat voor een flink deel over diagnostiek en het handboek waarmee psychiaters werken om te bepalen wat voor ziekte of afwijking iemand heeft, de DSM. Hoe het precies gaat weet ik niet, maar het schijnt dat een psychiater of psycholoog aan de hand van een aantal gesprekken en een vragenlijst kan bepalen of iemand een psychiatrische ziekte heeft of niet. "Lekker vaag, zo'n diagnose" hoor ik cliënten wel eens roepen. De diagnose volgens het DSM-handboek is belangrijk omdat zorgverzekeraars alleen behandelingen vergoeden die gebaseerd zijn op diagnoses uit de DSM.

Als pvp leen ik wel eens een werkkamer van een arts en dan ligt daar zo'n DSM-boekje. Soms kan ik het niet laten om daar even in te bladeren en dan kom ik namen tegen van ziektes met lange of korte lijsten met symptomen. Ik stel me voor dat een psychiater met dat boekje in de hand zijn cliënt observeert en streepjes zet bij symptomen. Als er dan genoeg streepjes staan dan heb je die ziekte. Het zal wel iets meer en ingewikkelder zijn maar zou het zo ongeveer niet gaan? Het was overigens ook erg leuk om met dat DSM-boekje in de hand naar mezelf te kijken. Ik begon opeens te twijfelen aan mijn eigen geestelijke gezondheid. Laat ik u daar verder niet mee lastig vallen. Wel begreep ik wat beter waarom een psychiater ooit eens tegen mij zei dat het veel gemakkelijker is om iemand 'gek' te verklaren, dan om te stellen dat iemand dat níet is. "Als ik bepaalde dingen niet zie, wil dat niet zeggen dat ze er niet zijn. Daarom zal een goede psychiater nooit iemand geestelijk gezond verklaren." Ik weet niet of het een geruststelling is maar de psychiater die me dit vertelde is al een paar jaar met pensioen.

'Het lijkt wel goochelen, zó heb je niets en als dat nieuwe boek gedrukt is heb je opeens een psychiatrische ziekte!'

Het is een spannende tijd, voor psychiaters, eigenlijk voor ons allemaal, want er komt binnenkort een nieuwe versie van dat handboek uit, met meer en nieuwe diagnoses. Dat vind ik eigenlijk een beetje eng. Ik heb altijd rondgelopen met het idee dat ik wel redelijk normaal functioneer in deze wereld. Misschien zou het een tikkie beter kunnen, over het algemeen red ik me echter prima en voel ik me best. Stel je voor dat straks in dat nieuwe DSM-boek opeens staat dat ik een ziekte heb, iets waarvoor ik pillen moet slikken. Had ik het al die tijd dus mis. Nogmaals: dat vind ik een beetje eng. Ik stel me zo voor dat de afgelopen jaren een aantal mensen die denken dat ze verstand hebben van de menselijke geest bij elkaar zijn gaan zitten. Ze hebben bedacht wat 'normaal' is en wat 'niet-normaal' is en vervolgens hebben ze bedacht wat er dan moet gebeuren. Zo schijnt het ook gegaan te zijn, schreef iemand die er bij is geweest. Wie zijn eigenlijk die mensen die dat boek hebben geschreven? En hebben ze u of mij iets gevraagd? Ik ken ze niet en mij is niets gevraagd. Hebben ze u iets gevraagd? Hoe kunnen de schrijvers van dat handboek nou weten hoe uw en mijn hoofd in elkaar zit? Ik heb net gelezen dat het aantal stoornissen is uitgebreid van 265 naar 365. Er komen dus in dat nieuwe DSM-boek zomaar 100 stoornissen bij. Waar komen die allemaal vandaan, wie heeft die bedacht? Dat zal vast wel ergens terug te vinden zijn. U en ik hebben het in ieder geval niet bedacht en tegelijkertijd gaat wel over ons. Het lijkt wel goochelen, zó heb je niets en als dat nieuwe boek gedrukt is heb je opeens een psychiatrische ziekte! Ik ben benieuwd hoe lang het duurt voor de farmaceutische industrie pilletjes kan leveren voor al die nieuwe ziektes. Het zou mooi zijn als zo'n vernieuwd diagnostisch handboek iets zou opleveren waar we allemaal wat aan hebben. Meer gezondheid, meer geluk, ik noem maar wat kleinigheden. Dat gaat niet gebeuren. Psychiaters en psychologen kunnen diagnoses stellen en behandelingen aanbieden, behandelingen die vaak bestaan uit het slikken van pillen. Soms kan een ziekte of stoornis daardoor genezen en het grote nut daarvan moeten we vooral niet ontkennen. Maar vaak, en dat zie ik als pvp veel om me heen, kan de psychiatrie niet meer dan symptomen van een ziekte onderdrukken, vaak ook nog eens met fikse bijwerkingen voor de cliënt. Volgens veel hulpverleners is dat beter dan niets doen maar het is niet iets om blij van te worden. Het risico van steeds meer ziektes en symptomen is ook dat er nog meer mensen een etiketje opgeplakt krijgen zonder dat ze daar veel mee opschieten. De DSM zou als handboek een steuntje in de rug moeten zijn en een hulp bij het vaststellen van dat waar mensen last van hebben. Volgens mij gaat het nooit lukken om tot een perfecte omschrijving van psychiatrische ziekten te komen, want de maatschappij, de mens en de psychiatrie zijn constant in beweging.



Sara Clarke & Merinda Epstein

Gelukkig ben ik pvp en hoef ik me van die hele DSM niets aan te trekken. Diagnoses zijn voor mij als pvp niet zo belangrijk. Als u bij mij komt met een klacht of een vraag dan luister ik naar u. En dan krijgt u van mij gewoon een antwoord, of we gaan een oplossing zoeken voor uw probleem. Uw diagnose maakt mij niet uit.

INTERVIEW JIM VAN OS

Jim van Os over zin en onzin van diagnostiek en de rol van het DSM-systeem

Het moet anders en beter: mensgerichter

Hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie Jim van Os volgt ontwikkelingen in de psychiatrie kritisch en nauwgezet. Als een van de weinige Nederlandse deskundigen, maakt hij deel uit van de internationale werkgroep, die een onderdeel van de nieuwe DSM-V ontwerpt. De redactie van de Pvp-krant wil daarom graag weten hoe Jim van Os aankijkt tegen het diagnosticeren in de ggz met behulp van de DSM.

Is het moeilijk om in de psychiatrie een diagnose te stellen?

"In de lichamelijke gezondheidszorg is het eenvoudiger. In de geneeskunde wordt een diagnose over het algemeen geaccepteerd als een middel om een ziekte te bepalen en om te voorspellen hoe die ziekte zich in de toekomst gaat ontwikkelen. In de geneeskunde is de diagnose dan ook belangrijk bij de voorlichting over die ziekte aan patiënten en hun familieleden. Door deze voorlichting beseffen patiënten en hun familie dat zij er niet alleen voor staan.

Bij psychiatrische ziekten is dit anders. Wat er in de hersenen gebeurt, is niet altijd goed te zien. Daarom wordt er aan de mening van psychiaters en ook aan de waarde van een diagnose vaker getwijfeld. Er is kritiek en twijfel vanuit de psychiatrie, maar ook vanuit de maatschappij. Er zijn verschillende opvattingen over psychiatrische ziekten. Dat zie je nu ook bij het tot stand komen van de nieuwe DSM-V".

Over welke verschillende opvattingen hebben we het dan?

"Allereerst een tegenstelling tussen de biologische manier van kijken en de psychologische manier van kijken naar het menselijk lijden. Het verstand versus het gevoel. Beide manieren hebben hun kwaliteiten maar tegelijkertijd overdrijven ze allebei en geven ze geen ruimte voor andere invloeden. Zelfs met de vooruitgang die de laatste jaren is geboekt in de erfelijkheidsleer en de hersenwetenschappen is het onwaarschijnlijk dat een van deze twee visies de overhand krijgt, of uiteindelijk alle psychiatrische ziektebeelden zal kunnen verklaren."

Van Os ziet ten tweede een spanningsveld tussen het denken in grote lijnen en in meer eenvoudige kaders, en het denken in details met veel categorieën die steeds kleiner en kleiner worden. "Het gedetailleerde, gespecialiseerde denken heeft in het verleden de meeste invloed gehad, maar voor de meeste kleine categorieën is er nogal een magere bewijsvoering", aldus van Os.

Spanningen en tegenstellingen over diagnostiek zullen volgens van Os altijd blijven bestaan. Het hoort erbij omdat ook in het verleden, psychiatrische diagnoses altijd beïnvloed zijn geweest door de gangbare filosofische en wetenschappelijke ideeën en de opvattingen in de maatschappij van dat moment.

Maar wat is nu eigenlijk het doel van een diagnose?

Van Os is daar duidelijk over: "Het komen tot een diagnose is eigenlijk het maken van een indeling met als doel de klinische verschijnselen te beschrijven op een verkorte wijze. Dit helpt om te bepalen welke mensen ziek zijn en behoefte hebben aan medische behandeling en welke mensen niet behandelbehoeftig zijn. De diagnostiek probeert behandelaren te helpen bij het kiezen van een goede behandeling en een voorspelling te doen over het resultaat daarvan".

En kunt u het resultaat van een behandeling voorspellen?

"Juist die voorspelling over het resultaat ligt in de psychiatrie moeilijk. In de lichamelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld, is het gemakkelijker om bewijs te vinden dat een behandeling werkt. In de psychiatrie is dit veel moeilijker te bewijzen omdat zowel de ziekte als de oplossing minder zichtbaar is". Volgens Van Os is dit een van de redenen voor het gebrek aan vertrouwen van de samenleving in de psychiatrie. Het speelt een grote rol bij de discussies over hoe er naar de psychiatrie gekeken wordt.

> *'Graag eenvoudiger en transparanter, zodat iedereen weet waar het over gaat'*



Heeft diagnostiek dan wel zin?

"Niet als je het aan sommige critici vraagt. Zij vinden bijvoorbeeld de manier waarop psychiaters nu tot een diagnose komen onbetrouwbaar. Ook wijzen ze op de mogelijk schadelijke effecten van sommige (stigmatiserende) diagnoses , zoals bijvoorbeeld schizofrenie of borderline persoonlijkheidsstoornis. Ook vinden zij dat verouderde diagnostische categorieën maar blijven bestaan, terwijl er tegelijkertijd slecht bewezen nieuwe categorieën als paddenstoelen uit de grond schieten. Van 182 stoornissen in DSM-II tot 265 in DSM-III tot 365 in de huidige DSM-IV-TR.

Helaas lukt het ook meestal niet om in een vroeg stadium de eerste symptomen van een psychiatrische ziekte te herkennen, zoals dat wel kan in andere medische sectoren. Het belemmert de preventie en de mogelijkheid van vroegtijdige diagnose".

Dit probleem, zegt Van Os, is goed zichtbaar in de praktijk, vooral bij jongvolwassenen, wanneer de gevolgen van psychiatrische problemen tot uiting komen. Psychiatrische ziektes gaan zich ontwikkelen en zijn soms goed en soms minder goed zichtbaar. De zwaarte en de hardnekkigheid van de klachten zijn belangrijke factoren die de behoefte aan zorg bepalen.

Voor het stellen van een diagnose, dus ook het besluit welke therapeutische middelen nodig zijn, is het nodig dat je kijkt naar de behoefte aan zorg op basis van het ziektebeeld, de ernst van de ziekte, maar ook naar de hulpvraag en de acceptatie van de ziekte door de patiënt.

Goede, zinvolle diagnostiek is dus toch wel mogelijk?

Van Os denkt dat een diagnose die zowel voor de patiënt en zijn familie acceptabel is, en werkbaar voor artsen en onderzoekers, zeker mogelijk is. Maar, zegt Van Os: "Het moet eenvoudig en transparant, zodat iedereen weet waar het over gaat."

Volgens Van Os moeten we daarom op een moderne en mensgerichte manier kijken naar psychiatrische



'Niet alleen kijken naar de ernst van de ziekte, maar ook naar de hulpvraag van de patiënt'

Jim van Os is hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie en hoofd van de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het Maastricht University Medical Centre.
Hij staat bekend als iemand die zijn vak van binnenuit wil veranderen: van het academisch onderzoek tot aan de hulpverlening. Ook heeft hij zich geregeld kritisch uitgelaten over het restrictieve biologisch model in de psychiatrie.
Hoewel hij als lid in de internationale werkgroep Psychotische stoornissen zit ter voorbereiding van de DSM-V in 2013, schuwt hij ook hier de kritiek niet. Vorig jaar in Vrij Nederland liet hij weten dat als hij het voor het zeggen had, 'alle twintig verschillende etiketjes voor mensen met psychotische verschijnselen de prullenbak in konden, omdat ze de mens geen recht doen'. Toch wil hij niet alleen kritiek geven maar zich vooral inzetten om het systeem van binnenuit te veranderen.

ziekten. "De grootste winst daarvan is het stellen van een betere diagnose met als doel de juiste behandeling te kunnen selecteren. Daarnaast zijn we op zoek naar een manier van diagnostiek waarmee we niet steeds meer kleinere categorieën maken, maar juist met minder (en eventueel) grotere categorieën kunnen werken. " Van Os denkt tot slot dat we ook meer oog moeten hebben voor hoe psychiatrische ziekten zich ontwikkelen, zodat we dit mee kunnen nemen in het diagnostisch proces. : "Als je blijft wachten tot de ziekte het stadium heeft bereikt waarin je een redelijk nauwkeurige diagnose kunt stellen, dan zijn de vooruitzichten voor behandeling en prognose ronduit slecht. Er is juist veel winst te behalen door in een vroeg stadium, ook wanneer de diagnose nog minder helder en specifiek is, de juiste hoeveelheid hulp en zorg in te zetten. Zo kun je een sterker verband leggen met de behandeling en een goed behandelklimaat scheppen voor de toekomst, je kunt de risico's afwegen tegen de opbrengsten én je kunt zo de keuzes en voorkeuren van de patiënt mee laten wegen.
De huidige aanpak van herzieningen van de diagnostische handboeken gaat vooral uit van de traditionele psychiatrie en deze manier van werken zal het begrip 'diagnose' (helaas) niet opnieuw uitvinden." Dat zal met de DSM-V niet anders zijn.

Jan Willem van Drunick, Elsa Grin, Roeland Hofstee

De DSM en niet-westerse cliënten

Psychiater Hans Rohlof is gespecialiseerd in transculturele psychiatrie. Hij werkt al lang bij Centrum '45 in Oegstgeest. Centrum '45 behandelt mensen met complexe psychotraumaklachten die het gevolg zijn van vervolging. Hoe is het om te werken met het Amerikaanse DSM-model in een ggz-instelling met veel niet westerse cliënten? Geeft dit problemen, vraagt het om aanpassingen? Pvp Jan Willem van Drunick vroeg hem naar zijn ervaringen.



U ziet iedere dag cliënten uit niet-westerse landen, ervaart u het werken met de DSM als een probleem?
"Niet echt, ik zie als voordeel dat de DSM een indelingssysteem is, waardoor ik op een goede manier met andere hulpverleners kan communiceren.
Als nadeel vind ik dat je de DSM bijna nooit als start voor een behandeling kan gebruiken. De DSM vertelt je namelijk niet hoe gemotiveerd iemand is, of wat zijn eigen verklaringen zijn over zijn ziekte. Tot slot weet je nog niets over de identiteit van de persoon. Om die redenen voegen we een beschrijvende diagnose aan iedere intake toe om meer inzicht in iemand te krijgen."

In de DSM-IV staat in een klein hoofdstukje dat er altijd rekening gehouden moet worden met de culturele achtergrond van een cliënt. Gebeurt dat ook?
"Ik denk dat we in Nederland bij de diagnostiek en de behandeling nog altijd te weinig rekening houden met het land waar patiënten vandaan komen en de normen en waarden die er in dat land zijn. Daarom is er een speciaal vraaggesprek ontwikkeld: 'het culturele interview'. De bedoeling is dat we na het interview meer weten over iemands land en cultuur. Het gaat dan om zaken als welke taal iemand spreekt, hoe goed hij Nederlands spreekt of verstaat, wat zijn leefgewoonten zijn, welke feestdagen daar belangrijk zijn, wat het betekent om ziek te zijn, enzovoort."

Welke voor- of nadelen heeft de nieuwe DSM-V volgens u voor migranten?
"Vergeleken met de vorige editie, verandert er niet veel. Wel wordt er een nieuw 'cultureel interview' in opgenomen. Patiënten kunnen in dat gesprek kwijt, wat zij zien als de kern en de oorzaak van hun klachten, de achtergronden ervan, de stressfactoren en de steun die zij nodig hebben. Dit cultureel interview biedt mij veel mogelijkheden om een betere band te krijgen met patiënten."

Meer lezen over transculturele psychiatrie? www.rohlof.nl.

Jan Willem van Drunick

In deze rubriek worden uitspraken van klachtencommissies besproken. Een cliënt klaagt dat zonder zijn toestemming informatie is uitgewisseld met een externe instantie. De klachtencommissie onderstreept het belang van vertrouwelijkheid in de zorgrelatie, maar oordeelt dat de cliënt wel toestemming heeft gegeven en verklaart de klacht ongegrond.

Ongewenst Contact

Tijdens een behandelgesprek krijgt een cliënt van de hulpverlener te horen dat deze telefonisch contact heeft gehad met een extern begeleider van de cliënt. De cliënt is hierover niet vooraf gepolst of geïnformeerd en is het niet eens met deze gang van zaken. De cliënt besluit een klacht in te dienen en meldt daarbij dat zijn vertrouwen in de hulpverlener is geschaad. Het was voor de cliënt erg belangrijk dat het hulpverleningstraject en het externe traject gescheiden van elkaar zouden zijn gebleven.

De hulpverlener erkent dat er contact is geweest. Het initiatief hiertoe kwam van de externe begeleider van de cliënt. Hoewel volgens de hulpverlener nauwelijks inhoudelijke informatie is verstrekt, kwam zij door dit gesprek toch zaken te weten die zij anders niet had geweten. De hulpverlener erkent dat zij vooraf de cliënt had moeten informeren en vragen of het akkoord was om contact te hebben. Normaliter doet de hulpverlener dat ook. Ze betreurt de gang van zaken. Wel stelt ze dat er formeel gesproken geen vorm van overtreding was, aangezien de cliënt een verklaring had ondertekend waarin hij toestemming had verleend om desgevraagd informatie aan de externe instantie te verschaffen.

'Verstandig om in het dossier nauwkeurig te laten omschrijven waarover inlichtingen aan derden mogen gaan'

De pvp legt in de zitting de nadruk op de persoonlijke gevolgen voor de cliënt. De cliënt had de uitdrukkelijke wens om de twee trajecten zoveel mogelijk gescheiden te houden. Dit is nu niet meer mogelijk. De cliënt heeft het gevoel nu anders te worden bekeken door en bij de externe instantie. De informatie die is verstrekt was wel degelijk van inhoudelijke aard volgens de cliënt en had op meer betrekking dan de diagnose en de aard van de behandeling. Er blijkt geen verslaglegging van het bewuste gesprek te zijn die aannemelijk maakt dat dit anders is.

De klachtencommissie verklaart de klacht van de cliënt ongegrond. Bijzonder aan deze uitspraak is dat de klachtencommissie eerst uitvoerig de feiten aanstipt die het belang onderstrepen van de vertrouwelijkheid van de relatie tussen hulpverlener en cliënt enerzijds en de rol die het verbieden van doorgeven van informatie aan derden daarbij speelt. De klachtencommissie verwerpt in de uitspraak zelfs een verweer van de hulpverlener dat de acties gedaan waren uit zorg naar de cliënt toe en meldt daarbij dat dit een opvatting is die geen steun in de wet vindt. De klachtencommissie wijst echter op de ondertekende verklaring waarmee de cliënt toestemming had verleend om informatie uit te wisselen met de externe instantie. Volgens de klachtencommissie is deze toestemming van algemene aard en niet beperkt tot het uitwisselen van informatie over de diagnose en behandeling. De uitspraak lijkt in die conclusie minder gevoelig voor het belang van vertrouwelijkheid en privacy. De uitspraak laat zien dat cliënten soms niet duidelijk genoeg kunnen zijn in hun wensen. Het kan verstandig zijn om in het dossier nauwkeurig te laten omschrijven waarover inlichtingen aan derden mogen gaan.



Ronald de Koster

Jaarverslag 2011 in cijfers

In 2011 werden de pvp'en in de instellingen 14.306 keer geraadpleegd door een individuele cliënt en 243 keer door een groep cliënten. De telefonische helpdesk werd 5.419 gebeld en de digitale pvp-online (www.pvp-online.nl) is meer dan 4000 keer bezocht.

In totaal werden er 26.518 vragen en klachten voorgelegd aan de Stichting PVP: 10.200 vragen en 16.318 klachten. Hiervan ging 22% over de behandeling en 16% over de juridische titel of de wens tot ontslag of overplaatsing.

Er werden met medewerking van de pvp 668 klaagschriften ingediend over 1.129 onderwerpen. Hiervan werd 26% gegrond of deels gegrond verklaard.

De pvp deed 133 meldingen aan instellingen van situaties die afbreuk doen aan de rechten van cliënten. In 86% van de gevallen verbeterde de situatie.

Daarnaast gaf de pvp 40 signalen af van structurele tekortkomingen in instellingen. De meeste tekortkomingen zijn weggenomen. In 2 gevallen werd de Inspectie ingeschakeld.

In 2011 behandelde de Klachtencommissie Patiëntenvertrouwenspersonen 8 klachten over het handelen van een pvp of een medewerker van de Stichting PVP. In 4 gevallen werd uitspraak gedaan. De klachtencommissie verklaarde 2 klachten gegrond en 2 klachten ongegrond.

De Stichting PVP nam in 2011 7 nieuwe pvp'en (in opleiding) in dienst, waarvan er 1 weer uitstroomde. In totaal stroomden er 14 medewerkers in en 16 medewerkers uit. Op 31 december 2011 bedroeg de formatie van de stichting 68 mensen en 63,6 fte.

Nieuwe verpakking, vertrouwd recept

Natuurlijk was er – na bijna dertig jaar F.C. Dondersstraat in Utrecht– de verhuizing naar de Maliebaan. Een gebeurtenis die uitnodigde tot terugblikken en vooruitkijken. Voor de buitenwacht was het ook het meest zichtbare resultaat van 2011. Maar de Stichting PVP stak zich in 2011 niet alleen in een nieuw jasje. Zij ontwierp een registratiesysteem, verkende een potentiële extra rol voor de pvp en startte met een opleiding nieuwe stijl. In haar jaarverslag belicht zij deze resultaten aan de hand van praktijkvoorbeelden en interviews. Hieronder een korte samenvatting.

De pvp als monitor

Is het mogelijk om als pvp de omstandigheden op gesloten afdelingen te monitoren? Deze vraag stond centraal in een onderzoek dat de Stichting PVP in 2011 uitvoerde. Pvp Roeland Hofstee observeerde bij wijze van proef de gang van zaken op twee gesloten afdelingen en besprak zijn bevindingen met het team van de afdeling. “Monitoren geeft zicht op wat leeft bij cliënten”, concludeert hij. “Er veranderde ook vaak concreet iets. Voorstellen van een monitorende pvp leggen soms meer gewicht in de schaal dan diezelfde voorstellen van cliënten. Daar kun je zo je gedachten over hebben, maar het levert wel winst op.”

De resultaten van het onderzoek waren veelbelovend. Monitoring maakt zichtbaar hoe cliënten de afdeling ervaren en hoe het is gesteld met aspecten van de zorgverlening. Het helpt voorkomen dat bij medewerkers van gesloten afdelingen blinde vlekken ontstaan ten aanzien van het eigen functioneren. De inzet van de pvp als monitor bracht gesprekken op gang over goede zorg. “Sommige van mijn observaties waren een eyeopener”, vertelt Roeland Hofstee in het jaarverslag. “Een medewerker zei: ‘Goh, zoals jij het nu brengt, besef ik dat cliënten sommige dingen toch als erger ervaren dan we dachten!’”

In het voorjaar van 2012 werd een vervolgonderzoek gestart op zes gesloten afdelingen. Het onderzoek wordt gefinancierd door WVS en begeleid door onderzoekers van de Vrije Universiteit van Amsterdam. Er zijn zeven pvp’en bij betrokken. Dit keer staan de randvoorwaarden centraal. Hoe kan de monitorende pvp bijdragen aan verbetering van de zorg op gesloten afdelingen? Wat heeft hij nodig aan tijd, begeleiding en vaardigheden? Wat betekent deze extra rol voor zijn positie ten opzichte van cliënten en instellingsmedewerkers? De stichting hoopt in 2013 de resultaten te publiceren.

De opleiding nieuwe stijl

De Stichting PVP leidt nieuwe vertrouwenspersonen intern op. In 2011 is een opleiding nieuwe stijl van start gegaan. De pio (pvp in opleiding) krijgt geen kant-en-klaar programma meer aangeboden, maar gaat zelf aan de slag met leerdoelen en leeropdrachten. “We leggen de verantwoordelijkheid voor het leerproces meer bij de pio’s dan voorheen”, zegt hoofd pvp Hans Hiltemann. “De achterliggende gedachte is dat ze zo sneller wennen aan het maken van keuzes en het nemen van eigen beslissingen. We confronteren ze van het begin af aan met het feit dat ze het zelf moeten gaan doen, want uiteindelijk moeten ze dat als pvp straks ook.”

Dorothé Hoekstra was een van de zeven pio’s van de lichting van 2011. “Het is niet de bedoeling dat de mentorpvp je stap voor stap alles uitlegt, maar dat je zelf vragen stelt”, vertelt ze in een interview in het jaarverslag. “Bijvoorbeeld waarom hij deze tactiek kiest en niet een andere. Wat ik prettig vond is dat de pvp ook vragen stelde aan mij: ‘Hier worstel ik mee, hoe zou jij dit aanpakken?’ Er was echt collegiaal overleg, terwijl ik nog aan het begin van mijn opleiding stond. Dat gaf me zelfvertrouwen.”

De eerste lichting pvp’en van de opleiding nieuwe stijl is inmiddels aan het werk in de instellingen. Hoe zij de opleiding hebben ervaren, wordt binnenkort geëvalueerd.

Een nieuw registratiesysteem

In 2011 nam de stichting een nieuw registratiesysteem in gebruik. Dit systeem, kortweg Rapp genoemd, is geen aangepaste versie van een bestaand systeem, maar maatwerk. De stichting formuleerde zelf de eisen waaraan het systeem moest voldoen. Het moest landelijke cijfers registreren, cliëntendossiers bijhouden en jaarrapporten opstellen. Snel, flexibel en veilig. Pvp Henk van Dijk zat in de werkgroep die het systeem ontwierp en vertelt in het jaarverslag over zijn eerste ervaringen. “Het bespaart me heel veel voorbereiding. Ik hoef geen dossiers meer mee te nemen van de ene naar de andere locatie. Nu log ik in via mijn eigen beveiligde omgeving op de server van de Stichting PVP en heb ik al mijn aantekeningen bij de hand.”

Omdat de pvp in Rapp niet alleen zijn aantekeningen bijhoudt maar ook cliëntendossiers, is veel aandacht besteed aan privacy. De pvp kan alleen de dossiers van zijn eigen cliënten inzien, niet die van een andere pvp. En er is maar één dossier. Zodra de pvp een dossier met toestemming van de cliënt overdraagt aan een andere pvp, is hij het dossier ook echt kwijt. Er blijven geen digitale kopieën bestaan. “Als het op privacy aankomt, zijn we roomser dan de paus”, zegt Henk van Dijk. “Wat er tussen cliënt en pvp gebeurt, wordt met niemand gedeeld.”

Rapp blijft zich ontwikkelen, ook in 2012. Nieuw is de functionaliteit waarmee cliënten hun dossier kunnen inzien. Binnen afzienbare tijd kunnen zij een persoonlijke inlogcode krijgen, waarmee ze gedurende veertien dagen onbeperkt hun dossier kunnen inzien en lezen wat de pvp over hen heeft geschreven. Cliënten kunnen hiervoor contact opnemen met hun eigen pvp.

Een bureau, een boek en een beeldje

En dan was er de verhuizing. Van een oud gebouw met vijf verdiepingen en stapels archief op zolder naar één grote ruimte in een modern kantoorpand met een digitale werkomgeving. Het was een flinke overgang, die goed bevalt. Op 16 juni 2011 werd het nieuwe landelijke bureau feestelijk geopend. Behalve het nieuwe kantoor werden ook een boek en een beeldje onthuld. Drie eigenzinnige ontwerpen die elk op hun eigen manier het gedachtegoed van de stichting uitdragen. Vernieuwend en vertrouwd tegelijk, want dat gedachtegoed is de grote constante.

Irene van Hooren

Het volledige jaarverslag 2011 kunt u vinden op: www.pvp.nl.


Frank van Delft Photography

Medewerkers Stichting PVP, 2011

Einde griffierechten bij rechterlijke toetsing van dwang

Geen kosten meer bij Bopz-zaken?

Het kan een cliënt geld kosten als hij het oordeel van de rechter wil hebben over de rechtmatigheid van dwang en vrijheidsbeperking. Meestal moet hij bij dergelijke zaken griffierechten betalen en een eigen bijdrage in advocaatkosten. Door een recente uitspraak van de Hoge Raad lijkt er een einde te komen aan de heffing van griffierechten bij deze zaken.

Een gedwongen opgenomen cliënt kan te maken krijgen met dwang of vrijheidsbeperking op grond van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz). Hij kan hierover een klacht indienen bij de klachtencommissie. Stelt de commissie de cliënt niet (geheel) in het gelijk of beslist de commissie te laat, dan kan de cliënt de aantasting van zijn grondrechten aan de rechter voorleggen. Deze rechterlijke toetsing kan een cliënt geld kosten.

Rechtsongelijkheid

In 2006 constateerde de Stichting PVP al dat er sprake was van rechtsongelijkheid bij deze rechterlijke toetsing van dwang . Bij de ene rechtbank liep de cliënt geen enkel financieel risico en werd hem niets in rekening gebracht, bij de andere rechtbank moest de cliënt griffierechten betalen plus een eigen bijdrage voor de rechtsbijstand, afhankelijk van zijn inkomen. Aan deze rechtsongelijkheid lijkt nu (deels) een einde te komen.

Artikel 41 Wet Bopz-klachten

Cliënten die met een Bopz-maatregel gedwongen zijn opgenomen in een GGZ-instelling, kunnen op grond van artikel 41 Wet Bopz bepaalde klachten voorleggen aan de klachtencommissie. Het gaat dan over de volgende onderwerpen:

- Het niet uitvoeren van het overeengekomen behandelplan
- De verklaring dat de patiënt onbekwaam is om over het voorgestelde behandelingsplan te beslissen
- Het toepassen van dwangbehandeling
- De toepassing van middelen en maatregelen
- Beperkingen in het recht op het ontvangen van bezoek, het recht op bewegingsvrijheid en het recht op vrij telefoon- en postverkeer

Een klachtencommissie moet binnen twee of vier weken (afhankelijk of de klacht een actuele gebeurtenis betreft of niet) een beslissing nemen. De commissie kan de klacht gegrond, ongegrond of gedeeltelijk gegrond verklaren.

Beslist de commissie te laat of verklaart de commissie de klacht (deels) ongegrond, dan kan de cliënt de klacht voorleggen aan de rechter. Binnen vier weken na het indienen van het verzoekschrift neemt de rechter een beslissing.

Hoge Raad: Geen griffierechten bij Bopz-zaken

In maart 2012 behandelde de Hoge Raad een zaak over een afgewezen ontslagverzoek (artikel 49 Wet Bopz) (Hoge Raad, 30 maart 2012, JVggz 2012/14 m. nt. Dijkers). De cliënte had het griffierecht te laat betaald. Normaalgesproken neemt de Hoge Raad bij een te late betaling van het griffierecht een zaak niet in behandeling. De Hoge Raad gaf echter aan dat er in Bopz- zaken helemaal geen griffierecht betaald zou hoeven worden.

In de Wet Griffierechten Burgerlijke zaken (Wgbz) en de Regeling Griffierechten staat dat er bij bepaalde Bopz-procedures geen griffierechten betaald hoeven te worden. Het gaat dan o.a. over Bopz-procedures waarbij getoetst wordt of een cliënt gedwongen opgenomen moet worden. Voor Bopz-zaken waarbij een cliënt zelf een verzoekschrift indient bij de rechter regelt de wet geen vrijstelling van de betaling van het griffierecht. De Hoge Raad geeft aan dat dit een misslag is.

De Hoge Raad vindt dat het bij de Wet Bopz gaat over maatregelen die de vrijheid van cliënten beperken. Voor het bestrijden daarvan zouden er geen drempels opgeworpen moeten worden. Het moeten betalen van griffierecht is zo'n drempel. De Hoge Raad geeft aan dat er een 'klemmende grond' is om ook Bopz-zaken te ontheffen van griffierecht.

'Geen griffierecht Bopz-klachtzaken meer'

De Hoge Raad geeft in de uitspraak niet exact aan wat hij verstaat onder 'Bopz-zaken'. Annotator Dijkers geeft aan dat de uitspraak een brede werking zou moeten hebben. De Hoge Raad spreekt namelijk over 'verzoek- of verweerschriften als bedoeld in de Wet Bopz' en over 'Bopz-zaken', waarvoor geen griffierecht geheven zou moeten worden. Dijkers geeft hierbij aan '(..) dat gelet op de verdere argumentatie van de Hoge Raad (en de Memorie van toelichting bij het ontwerp van de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg), voortaan ook voor klachtzaken moet worden aangenomen dat griffierecht heffen (althans van betrokkene) uit den boze is.' Daarmee komt aan veel onzekerheid en onduidelijkheid een einde. Ook voor schadevergoedingsprocedures in het kader van de Wet Bopz en onder bepaalde omstandigheden ook bij dagvaardingsprocedures, zou deze vrijstelling moeten gelden, aldus Dijkers.

Advocaatkosten

Naast de griffierechten, zijn cliënten bij Bopz-zaken vaak ook geld kwijt aan de eigen bijdrage in advocaatkosten. Ook hierbij is er sprake van rechtsongelijkheid doordat rechtbanken hier verschillend mee omgaan. Sommige rechtbanken geven bij dergelijke

[1] Zie pvp krant 1 2006 'Rechterlijke toetsing dwang kost patiënten veel geld'.

[2] In het ontwerp van de Wet Verplichte ggz wordt bepaald dat voor het instellen van beroep in een klachtzaak geen griffierecht verschuldigd is. In de Memorie van Toelichting staat hierover: 'Aangezien deze wet ziet op vergaande beperkingen van vrijheden van betrokkenen en tot vrijheidsbeneming legitimeert op last van de Staat, is het niet wenselijk dat betrokkene griffierechten verschuldigd zou zijn om in recht tegen deze beperking op te komen.'

zaken een 'last tot toevoeging van een advocaat' af. De cliënt krijgt dan gratis rechtsbijstand. Andere rechtbanken doen dat niet, waardoor de cliënt een reguliere aanvraag voor een advocaat moet indienen bij de Raad voor Rechtsbijstand. De cliënt moet in zo'n geval afhankelijk van zijn inkomen een eigen bijdrage advocaatkosten betalen van tenminste €127,-.

Rechtbank Den Bosch: Last tot toevoeging bij Bopz-zaak

Rechtbanken zijn niet verplicht om een 'last tot toevoeging' te geven. Rechtbank Den Bosch heeft zich in december 2011 hierover uitgelaten (Rechtbank 's Hertogenbosch, 08-12-2011, JVggz 2012/7 m. nt. Westenberg). Een cliënte wilde een rechterlijke beslissing over een Bopz-klacht. De rechtbank overweegt dat er sprake is van een zodanig complexe zaak dat van de cliënt niet verwacht kan worden dat hij zijn eigen belangen naar behoren zal kunnen behartigen. Specifieke juridische kennis en ervaring op het gebied van de Wet Bopz is daarvoor nodig. De rechtbank geeft daarom een 'last tot toevoeging', met als gevolg dat de cliënt geen eigen bijdrage advocaatkosten verschuldigd is. De annotator Westenberg is kritisch en vindt dat de rechter bij zijn overweging niet alleen had moeten kijken of de zaak juridisch complex was: 'Bij art. 41 Wet Bopz-klachten gaat het per definitie om ernstige inperkingen van de vrijheid en/of lichamelijke integriteit. Die zaken behoeven de hoogste mate van bescherming en daarbij past bijstand van een advocaat. Dat lijkt mij hier uitgangspunt. Het is bijzonder, dat de rechtbank geen blijk geeft van enige overweging met betrekking tot de gelijkheid van de procespartijen en de eigen positie van de rechter daarbij.'

Voor wat betreft de griffierechten lijkt er nu door de uitspraak van de Hoge Raad een einde te komen aan de rechtsongelijkheid bij de rechterlijke toetsing voor dwang. Op het terrein van het afgeven van een 'last tot toevoeging van een advocaat' valt er nog wat te verbeteren.

Caroliena van den Bos

Griffierecht

Bij een procedure bij de rechtbank moeten in de meeste gevallen zowel de eiser als de verweerder griffierechten betalen. Het griffierecht moet vooraf betaald worden aan het gerecht waar de zaak dient. De griffier zendt hiervoor een rekening. Als het griffierecht niet wordt betaald, dan is de kans groot dat de zaak niet in behandeling wordt genomen.

Wie een laag of gemiddeld inkomen heeft, kan in aanmerking komen voor vermindering van de griffierechten. Afhankelijk van de inkomsten hoeft dan slechts een deel betaald te worden.

Toch kan dat voor een cliënt, die moet rondkomen van een zak- en kleedgeldregeling, oplopen tot bijna een maandinkomen.

In Pvp-krant 1 van dit jaar stond een artikel over maatregelen die de Inspectie voorstelt om het aantal separaties terug te dringen. Ouders van een cliënt die op dat moment al maanden in de separeer verbleef, stuurden een reactie. Hiernaast een samenvatting van de maatregelen die IGZ voorstelt, hieronder de reactie.

Beste redactie,

Toevallig kreeg ik vandaag de pvp-krant in handen. Daarin staan regels beschreven voor separatie. Mooie regels, mooie woorden. De praktijk is echter anders.

Onze zoon heeft zich begin 2012 vrijwillig laten opnemen in verband met een depressie als gevolg van het afkicken van medicatie waarmee zijn psychiater zat te experimenteren. Na verloop van een tijdje was de medicatie uitgewerkt en vroeg hij of hij nu naar huis kon, immers hij was er vrijwillig. Dat ging niet door! Daarop werd hij boos en "vloog" de verpleegkundige aan.
Sinds die tijd zit hij in de separeer. Eerst in een ggz-instelling in Utrecht. Daarna werd hij twee keer overgeplaatst naar een andere ggz-instelling, om uiteindelijk terecht te komen in een tbs-kliniek. Met een RM. Zonder veroordeling of strafbaar feit te hebben gepleegd, zomaar in de tbs-kliniek. En inmiddels meer dan een half jaar in de separeer, dat mag niet, maar gebeurt toch.

Hij heeft 20 jaar lang allerlei diagnoses gehad, maar pas sinds 2 jaar weten we dat hij autisme heeft en hoogbegaafd is. Hij was derdejaars natuurkunde toen hij gedwongen werd opgesloten in 1990 en nu alweer ! Hij is begin veertig en z'n leven is haast voorbij. Hoe kan je ook begrijpen dat een zó intelligente man zó dom kan doen, daarvoor moet je autisme begrijpen. Luisterden de psychiaters maar eens naar dr. M.Delfos die daarover zoveel heeft geschreven, die ook enkele gesprekken met onze zoon heeft gehad toen hij in een ggz-instelling zat. Zij schrijft onder meer "Het is zeer aangenaam met hem te praten. Hij denkt, is snel van begrip, zachtaardig, respectvol. Ik hoop dat hij mensen om zich heen krijgt die met hem kunnen discussiëren zodat zijn denken kan doorgroeien. "
Wel, dat soort mensen zal hij zeker niet vinden zolang hij in de separeer verblijft.
Dat is wel héél wat anders dan de psychiaters schrijven "gevaarlijk en agressief "!

Het is natuurlijk een krankzinnige situatie, maar wat wij als ouders ook proberen,tegen de mening van de gevestigde psychiatrie valt niets te beginnen. Tunnelvisies heersen daar.

Nogmaals: Mooie regels bedenkt de Inspectie, maar de praktijk is toch echt anders.

Twee bezorgde ouders (naam bij de redactie bekend)

Maatregelen separatie

Instellingen moeten er aantoonbaar alles aan doen om zo weinig mogelijk te separeren.

Dit moet blijken uit plannen van aanpak, patiëntendossiers en de Argus-registratie. De instelling moet blijven kijken of er alternatieven zijn voor separeren.

Geen eenzame opsluiting meer

Separatie mag alleen nog met 24-uurs toezicht (via camerabewaking, hand-in-hand begeleiding of anderszins).

Verplichte consultatie bij separatie

Op vier momenten is consultatie verplicht. De inspectie controleert dit in de patiëntendossiers.

- Langer dan 7 dagen? Consultatie door een onafhankelijke collega-behandelaar (psychiater of geneesheerdirecteur) verplicht.
- Langer dan 3 weken? Een teamconsulent moet onderzoeken wat het multidisciplinaire team kan doen om de separatie stoppen.
- Langer dan 6 weken? Overleg met vergelijkbare teams van collega-instellingen verplicht. Bij dit overleg zijn alle eerder betrokken experts aanwezig.
- Langer dan 3 maanden? Verplichte externe consultatie, bijvoorbeeld door het inschakelen van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) of door inschakeling van een kwalitatief vergelijkbaar alternatief.

Diagnoses: Het blijft mensenwerk

Ondanks steeds meer en nieuwe diagnoses, handboeken die vernieuwd worden en hulpverleners die naar congressen gaan om bij te leren, blijft diagnosticeren mensenwerk. Aan het woord is Carla, die maar liefst drie keer een andere diagnose heeft gekregen.

Carla is met tussenpozen een groot deel van haar leven cliënt van de ggz. In haar jeugd en als jong volwassene had ze verslavingsproblemen en daarvoor werd ze indertijd opgenomen. "Vergis je niet, de opname in die verslavingskliniek heeft mijn leven gered, ik was er slecht aan toe, heel zelfdestructief." Later, veel later, bleek deze behandeling een vorm van symptoombestrijding te zijn maar dat wist Carla toen niet. "Het waren de jaren tachtig en als je verslaafd was moest je afkicken en je persoonlijkheid opnieuw opbouwen, zo ging dat toen. Naar de oorzaak of de achtergrond werd niet gekeken en dat heeft me bijna genekt." Carla werd ernstig depressief tijdens haar opname in de verslavingskliniek en men wilde haar verwijzen naar de reguliere psychiatrie. "Dat was geen goed idee want toen kon de psychiatrie niets met mensen zoals ik. Gelukkig mocht ik blijven, het ging net op tijd weer wat beter met me en ik kon mijn behandeling af maken." Naar de achtergrond van haar verslavingsgedrag werd niet gekeken en dat vindt Carla jammer. Als ze toen hadden uitgezocht wat er werkelijk aan de hand was had dat veel ellende gescheeld, denkt ze. Toch is Carla niet bitter: "Ik heb veel gehad aan die opname, ik kreeg weer structuur in mijn leven en dat had ik toen nodig." Carla ging studeren en vond een baan.

Na een aantal jaren ging het met Carla toch niet goed. Ze werd angstig, kreeg straatvrees en conflicten op haar werk. Via de huisarts kwam ze in de ambulante ggz. "Al na twee gesprekken kreeg ik te horen dat het wel duidelijk was: ik was een borderliner. Geen idee waar die diagnose op gebaseerd was maar het was een enorme klap voor me, het voelde alsof ik werd afgeschreven want er is weinig aan te doen." Carla werd weer depressief en kreeg medicatie. Dat hielp wel een tijdje maar de conflicten en de angsten bleven. Ook daar kreeg ze pillen voor, en gesprekken. "Ik had geen flauw idee waarom mensen soms boos op mij werden. Ik dacht steeds dat ik iets verkeerd had gedaan maar ik had geen idee wat dat dan was en mijn therapeut kon me ook niet helpen, in ieder geval deed hij er niets mee." Daar werd Carla dan weer onzeker van en zo ging het verder. Ze veranderde van baan maar de problemen bleven en verergerden zelfs.

"Mijn hulpverlener wist niet meer wat hij met mij aan moest, pillen en praten hielpen niet meer en hij verwees mij naar een kliniek. Dat vond ik eigenlijk niet zo erg want dan zou ik met iemand anders kunnen praten. Ik twijfelde er namelijk al lang aan of ik borderline had, volgens mij klopte het gewoon niet. De intake in de kliniek werd gedaan door iemand die gespecialiseerd was in manische depressiviteit en toen ik mijn levensverhaal deed, was het voor haar duidelijk: ik had een bipolaire stoornis!"
In de kliniek werd de nieuwe diagnose van Carla - de derde - bevestigd door de psychiater van de afdeling, ze kreeg een psychologisch onderzoek en werd ingesteld op de juiste medicatie. "Veel van mijn problemen bleken te komen door wisselende stemmingen, soms zelfs dagelijks. Dat maakte mij onberekenbaar in de ogen van mensen en dat ik hun boosheid daarover niet begreep was ook logisch. Ik begreep immers ook zelf niet dat ik last had van wisselende stemmingen, dat heb ik allemaal moeten leren."

Na haar opname mocht Carla weer aan het werk en dat ging een tijdje goed. Ze bleef ambulant in behandeling en leerde om te gaan met haar ziekte. Na al die verschillende diagnoses twijfelde Carla wel eens aan de huidige diagnose. "Ja zeg, die psychiaters hadden het twee keer mis. Wie zegt dat het nu wel klopt?" Toch raakte ze overtuigd, door de diagnose 'manisch-depressief' begrijpt ze beter waarom haar leven tot dan toe zo is verlopen. Carla accepteerde stap voor stap dat ze een psychiatrische ziekte heeft waardoor ze de rest van haar leven medicatie moet blijven gebruiken. Er volgen echter nog meer periodes van euforie maar vooral ernstige depressies. Het ziekteverzuim neemt toe, Carla krijgt meerdere ECT-behandelingen en uiteindelijk belandt ze in de WAO.

Terugkijkend vraagt Carla zich wel eens af of het verschil had gemaakt als eerder was ontdekt wat ze werkelijk mankeerde. "Stel dat ze meteen toen ik in de verslavingszorg was beland de juiste diagnose hadden gesteld? Was mijn leven dan anders verlopen? Ik weet het niet want het waren andere tijden, maar ik vraag het me wel eens af. Dat is toch logisch? Van die diagnose 'borderline' heb ik wel last gehad, ik dacht meteen al dat het niet klopte en ik ben er nog steeds niet helemaal van af. In mijn dossier komen hulpverleners die diagnose nog wel eens tegen en soms beginnen ze er weer over. Dan kan ik wel zeggen dat het niet klopt maar ja, het is een officiële diagnose, je komt er nooit meer vanaf. Daar heb ik soms wel last van."

Roeland Hofstee



Colofon

De PVP-krant is een uitgave van de Stichting PVP. De Stichting PVP geeft cliënten in de zorg advies, informatie en ondersteuning bij de handhaving van hun rechten. De PVP-krant wil cliënten en geïnteresseerden informeren over het werk van de Stichting PVP, over (juridische) ontwikkelingen op het gebied van patiëntenrechten en belichten hoe patiëntenrechten in de praktijk al dan niet vorm krijgen.

Redactie: Jan Willem van Drunick - Arianne de Geus - Elsa Grin - Roeland Hofstee - Ronald de Koster - Hellen Köhler - André de Mol. *Verder werkten mee:* Caroliena van den Bos - Milan van Diermen - Nannie Flim - Irene van Hooren - Egbert Scholten - Jacques Weeda - Ton Peter Widdershoven
Oplage: 7500
Druk: TGO ontwerp reklame drukwerk Uden
ISSN: 1380 - 1996

Reacties zijn van harte welkom via: **Redactie@pvp.nl of via uw pvp**
Voor informatie over de Stichting PVP:
Stichting PVP, **Maliebaan 87, 2de verdieping**
3581 CG Utrecht T 030-2718353
www.pvp.nl

Bij vragen en klachten over de ggz:
Helpdesk PVP, T 0900-4448888